N° 52

DE L'HÉPATOMÉGALIE

AVEC

MATITÉ DOULOUREUSE DU FOIE

DANS SES RAPPORTS AVEC

L'HÉPATALGIE, LA GASTRALGIE, LA DYSPEPSIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 8 AOUT 1884

Par Alexandre DUCO

Né à LESCURRY (Hautes-Pyrénées)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET CABIROU FRÈRES

Rues Durand et Levat

1884

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT ✠ ✠..... DOYEN
COMBAL ✠ ✠..... } ASSESSEURS
GRASSET..... }

PROFESSEURS

Pathologie externe	BOYER ✠.
Accouchements	DUMAS ✠.
Clinique médicale	DUPRÉ ✠ C. ✠.
Anatomie	BENOIT ✠ ✠.
Clinique médicale	COMBAL ✠ ✠.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	CAVALIER ✠.
Physique médicale	MOITESSIER ✠.
Anatomie pathologique et histologie	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie	JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL ✠.
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL.
Hygiène	BERTIN-SANS.
Pathologie interne	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale	PLANCHON ✠ ✠.
Physiologie (chargé du cours)	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale	N...
Opérations et appareils	N...

MARTINS (O. ✠), FONSSAGRIVES (O. ✠), COURTY ✠, Professeurs honoraires.

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES

Clinique des maladies des enfants	MM. BATTLE.
Clinique des maladies syphilit. et cutan.	GAYRAUD
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN.

AGRÉGÉS

MESSIEURS	MESSIEURS
JACQUEMET.	MOSSÉ.
DE GIRARD.	REGIMBEAU ✠.
SERRE.	TÉDENAT.
ROUSTAN.	DUMAS fils.
CARRIEU.	BLAISE
MAIRET.	BAUMEL.
CHALOT.	VILLE
BIMAR.	GRANEL.
LANNEGRACE.	

M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COMBAL, *Président;*
CAVALIER, *Professeur;*
BAUMEL, CARRIEU } *Agrégés.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Regrets éternels !

A MA MÈRE

Vive reconnaissance !

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

A mon oncle Alexandre CASTÉRÉS

Je n'oublierai jamais vos bienfaits !

A mon cousin Joseph TOULOUSE

A mon oncle D. DUCO et à M. VIGNES

A. DUCO.

A M. le Professeur DUPRÉ

SÉNATEUR

A mon Président de Thèse

M. le Professeur COMBAL

A. DUCO.

A MON TRÈS CHER MAITRE ET AMI

M. L. BAUMEL

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Je garde le meilleur souvenir
de votre précieux enseignement
et de votre excellente amitié.

A M. CHALOT

CHEF DES TRAVAUX ANATOMIQUES
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Merci de vos soins et de vos conseils!

A. DUCO.

A mon Ami le Dr BAYLAC

MÉDECIN AIDE-MAJOR

A mon Ami le Dr RIZU

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE IASSY
MÉDECIN A L'HOPITAL St-SPIRIDON
CHEVALIER DE L'ORDRE DE L'ÉTOILE, ETC.

MEIS ET AMICIS

A. DUCO.

AVANT-PROPOS

Le titre que nous avons choisi comme sujet de notre Thèse inaugurale n'est pas de ceux que l'on rencontre fréquemment et qui, appuyés sur l'autorité incontestable d'un grand nombre d'auteurs classiques, sont justement acceptés de tous et ne prêtent que difficilement le flanc à la critique.

Notre sujet, absolument nouveau et par l'appellation et par la description nosologique, est loin de présenter une aussi grande garantie.

Nous sommes heureux, toutefois, de ne pas être seul à défendre l'idée qui domine le fond de ce travail, et qui est celle de notre Maître et ami M. le professeur agrégé Baumel.

A cet appui déjà d'une grande importance viennent s'ajouter

les témoignages, peu nombreux il est vrai et toujours obscurs, que nous avons pu arracher comme péniblement et de vive force à certains auteurs des plus recommandables, à certains cliniciens du plus grand mérite qui nous paraissent avoir entrevu, quoique de loin et d'une manière fort incomplète, l'état pathologique que nous voulons décrire aujourd'hui.

Cette idée, qui nous a été suggérée il y a plus de trois ans, nous l'avons poursuivie et confirmée de plus en plus à l'aide de l'observation de tous les jours, et si les malades dont nous rapportons l'histoire sont peu nombreux, nous avouons sans peine que la liste aurait pu en être bien plus longue. Nous avons tenu, toutefois, à ne donner que les cas types et qui nous ont paru véritablement démonstratifs, persuadé que nous sommes que notre travail ne pourra qu'y gagner au point de vue de la clarté de l'exposition.

L'idée que nous défendons aujourd'hui, et à l'appui de laquelle nous croyons apporter des preuves suffisantes, n'est donc pas de nous. Tout le mérite en revient à M. Baumel.

Cette idée, émise par lui il y a trois ans, au sujet des malades dont nous rapportons l'histoire, nous avait déjà frappé et fortement intéressé, lorsque, dans son cours de cette année sur les maladies de l'appareil digestif, notre savant et sympathique Maître a développé à nouveau ce point dont l'étude le passionne depuis plusieurs années.

Qu'il reçoive ici l'expression de nos meilleurs sentiments de reconnaissance pour avoir bien voulu nous prodiguer ses soins

empressés, nous éclairer de ses conseils, nous confier ses notes manuscrites, qui ont été pour nous de la plus grande utilité, et enfin nous honorer d'une amitié que nous nous efforcerons de lui rendre !

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534908_0094

DE L'HÉPATOMÉGALIE

AVEC

MATITÉ DOULOUREUSE DU FOIE

DÉFINITION

Nous désignons sous le nom d'*hépatomégalie* avec matité douloureuse du foie, un état particulier de cet organe, dont la description ne se trouve pas dans les ouvrages des auteurs classiques, et qui a été, à notre avis, bien souvent confondue avec la névralgie du foie (hépatalgie), celle de l'estomac (gastralgie), enfin avec la dyspepsie gastrique, d'une manière générale.

« La dyspepsie, dit Trousseau, est un des phénomènes assez ordinaires des maladies du foie, et l'on comprend qu'un organe aussi immédiatement en rapport avec l'estomac que cette glande, la plus volumineuse de toutes, et dont le rôle est si important dans l'acte de la digestion; on comprend, dis-je, que le foie ait une action sympathique des plus prononcées sur le reste de l'appareil gas-

tro-intestinal ; que les perturbations dont il est le siège retentissent plus ou moins profondément sur les fonctions de l'estomac. De plus, les douleurs hépatiques sont souvent confondues avec les douleurs gastralgiques ; nous aurons occasion de revenir sur ces faits quand nous nous occuperons des coliques hépatiques. Ce que nous savons des rapports de contiguïté qui existent entre l'estomac et le foie rend parfaitement compte de la confusion. »

Cet état du foie, comme l'indique suffisamment le nom sous lequel nous le décrivons, est essentiellement caractérisé par une augmentation de volume de l'organe et par la douleur spontanée ou provoquée dans les circonstances que nous étudierons plus loin.

Et d'abord cette augmentation de volume, que l'on rencontre très communément dans l'anémie, où l'on est beaucoup trop porté à admettre, en présence d'une douleur quelconque, l'existence d'une névralgie résultant de l'état général anémique, peut se rencontrer dans d'autres maladies telles que la tuberculose, la pneumonie, les maladies pulmonaires en général, sans que, pour cela, on puisse rapprocher cette modification pathologique du foie de ce qu'on appelle le foie cardiaque ou muscade.

C'est surtout au point de vue clinique que nous étudierons le sujet que nous avons choisi ; au point de vue de la physiologie pathologique nous aurons à nous livrer à quelques considérations relatives à la production de cet état particulier qui nous paraît être, dans certains cas, une association de foie gras et de foie muscade, dans d'autres seulement une simple dégénérescence graisseuse.

Quant à la douleur, elle est spontanée ou provoquée.

Spontanée, elle survient surtout au moment de la digestion, et c'est pour ce motif que l'on peut aisément la rapporter à la gastralgie ou à la dyspepsie, si on n'a pas

le soin préalable de pratiquer la percussion, parfois rendue impossible ou du moins très pénible par l'extrême douleur qu'elle provoque, mais qui révèle, dans le cas où elle est possible, l'existence d'une augmentation du volume du foie.

C'est alors que, rapportant à leur véritable siège les troubles digestifs et la douleur, le praticien se demande s'il est en présence de ce que les auteurs désignent sous le vague nom d'*hépatalgie*, dont la description clinique reste encore à faire, ou bien s'il est en présence d'un des nombreux états pathologiques dont le foie peut être le siège et dont la douleur est un symptôme.

Tels sont les différents points que nous aurons à étudier successivement. Nous désirons qu'il résulte pour ceux qui liront ce travail l'intime conviction dont nous sommes animé, et qui est celle de l'existence d'un état particulier du foie qui mérite, au point de vue clinique et thérapeutique, une description à part sous le nom d'*hépatomégalie* avec matité douloureuse.

APERÇU HISTORIQUE

L'hépatomégalie, ainsi qu'elle vient d'être définie, n'a pas été jusqu'ici l'objet d'une description spéciale de la part des médecins qui ont écrit sur la matière. Il en est beaucoup cependant qui ont vu ce que nous avons vu nous-même, et qui, usant des mêmes moyens d'investigation, ont trouvé les symptômes physiques ou fonctionnels qui seront décrits plus loin. Mais aucun n'a établi les relations de cause à effet que nous avons cru voir, pour notre part, entre les symptômes observés et la maladie qui leur donnait naissance.

Tant que les idées de Cruveilhier et de Beau ont régné dans la science, le rôle joué par le calcul biliaire dans la colique hépatique a été méconnu.

La doctrine de Beau était purement fonctionnelle ; aussi confondait-il la colique hépatique avec l'hépatalgie, et appliquait-il ce nom indistinctement à toutes les douleurs hépatiques.

Plus tard est venu Fauconneau-Dufresne (1851), suivi de Murchison, Charcot, Durand-Fardel, qui ont donné au calcul sa véritable importance pathogénique, et institué une thérapeutique rationnelle fondée sur des faits vrais et exactement interprétés.

Mais, soit Beau et son école, soit Fauconneau-Dufresne et les auteurs qui l'ont suivi, ils ont tous confondu, à notre sens, les coliques hépatiques, l'hépatalgie, la gastralgie

avec certaines douleurs hépatiques dont on lira la description dans quelques instants.

C'est ainsi que Beau, ce médecin distingué qui s'est laissé entraîner trop facilement par ses idées doctrinales, paraît avoir observé exactement les faits auxquels nous faisons allusion. Voulant démontrer que les coliques hépatiques ne sont jamais causées par la présence d'un calcul dans les voies biliaires, il a cherché, il a trouvé des observations multiples qui venaient à l'appui de sa manière de voir : « Quelles sont, dit-il, les causes de l'hépatalgie » autres que le passage d'un calcul dans les voies biliai- » res ? On peut dire *à priori* que ce sont toutes les *causes* » *des névralgies* viscérales. C'est *dans ce sens qu'il faut* » *faire des recherches* pour éclairer la pathogénie des » coliques hépatiques. » (1).

Parmi les autres causes signalées par Beau, on trouve les ingesta ; et dans les huit observations qu'il cite pour démontrer l'incontestable influence des ingesta, il en est cinq dans lesquelles les douleurs décrites se déclaraient à la fin, voire même avant la fin du repas, dans les cas surtout où le sujet s'abandonnait à de copieuses libations.

Ces douleurs, devenues spontanées et assez violentes à certains moments de la journée, *à l'heure de la réplétion gastrique, s'exagéraient à la pression, et devenaient intolérables quand on pratiquait une percussion méthodique.*

Beau distingue ce qu'il appelle l'hépatalgie des autres affections analogues des organes voisins par la percussion : « La percussion, dit-il, empêchera toute erreur à ce sujet, et montrera que l'affection est uniquement localisée

(1) Etude analytique de physiologie et de pathologie de l'appareil spléno-hépatique. *In* Archives générales de médecine, 1850-51.

dans le foie, en permettant de constater : 1° que le foie tout entier est augmenté de volume ; 2° que toute la matité circonscrite par le volume du foie, en avant, en arrière et sur le côté, est extrêmement douloureuse à la percussion, quel que soit le lieu circonscrit où la douleur spontanée est le plus vivement sentie. »

Notre méthode de recherche de l'hépatomégalie ne diffère pas, on le verra, de la précédente.

Plus loin on lit : « L'influence des ingesta sur la production des gastralgies ne saurait être niée. Eh bien ! il faut reconnaître que des hépatalgies sont produites par les mêmes causes, agissant de la même manière ; seulement il faut admettre des idiosyncrasies par suite desquelles *c'est l'estomac chez les uns, c'est le foie chez les autres,* qui s'affecte douloureusement au contact des substances ingérées. »

La clinique démontre combien ces faits sont exacts, incontestables. Reste à interpréter le mécanisme de leur production.

Beau a voulu l'expliquer par la présence dans ces ingesta de substances irritantes absorbées et amenées dans le foie par la veine porte. Oui, mais faut-il encore le temps aux aliments d'être absorbés. Or, dans bien des cas les douleurs hépatiques débutent à la fin du repas, c'est-à-dire à un moment où l'absorption n'a pu se faire que d'une façon incomplète. Telle ne sera pas notre manière de voir à ce point de vue.

Si nous avons insisté si longtemps sur le mémoire de Beau, c'est qu'il est le seul clinicien qui, à notre avis, ait le mieux exploré, le mieux vu même, l'hépatomégalie, sans cependant la comprendre exactement et établir les rapports qu'elle a avec d'autres maladies.

Andral (1) avait aussi observé dans la région hépatique des douleurs extrêmement vives qui ne s'expliquaient pas, à son avis, comme les autres coliques hépatiques; mais ces douleurs il les confond sous le nom d'hépatalgie, indifféremment appliqué aux coliques hépatiques et à la névralgie du foie.

Trousseau (2), parlant de la durée des crises des coliques hépatiques, dit avoir soigné un malade qu'il avait suivi « pendant plus d'un an sans pouvoir reconnaître autre chose que les symptômes d'une hépatite caractérisée par le *gonflement du foie*, qui était *très douloureux à la pression*, par l'ictère, par un mouvement fébrile revenant presque continuellement, par de l'*inappétence*, par une *grande faiblesse générale* ».

A propos du diagnostic des coliques hépatiques, le même auteur écrit encore que les caractères nettement tranchés sont rares et que : « le plus souvent vous aurez à faire à des malades qui se plaindront de *crampes d'estomac*, et dans ce cas vous serez exposés à confondre les coliques hépatiques avec l'hépatalgie, la gastralgie ».

Mais tout ce qui n'est pas coliques hépatiques sera pour Trousseau (3) de l'hépatalgie, bien que celle-ci soit très-rare : « Si l'hypochondre droit est plus spécialement le siège de la souffrance, si l'on est assuré qu'il n'a jamais été rendu de calculs biliaires, si ces douleurs reviennent assez périodiquement à la façon des autres névralgies, j'accepte qu'il n'y aura eu que de l'*hépatalgie*, bien que celle-ci, en tant que névralgie idiopathique, soit peu commune ». Et plus loin : « M. Andral a rapporté des observations qui

(1) Clinique médicale, 1831, t. IV.

(2) Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, 5e édition, 1877.

(3) Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, 5me édition, 1877.

sembleraient établir que l'hépatalgie elle-même, excessivement rare, je le redis encore, en tant que névralgie essentielle, simule aussi en quelques cas les coliques hépatiques. »

Lors donc que la douleur a pour siège le foie, il faut qu'il y ait ou colique hépatique, chose fréquente, ou hépatalgie, dans les cas rares. On voit ainsi que, forcément, l'hépatomégalie avec matité douloureuse sera confondue avec les maladies précédentes. Il serait superflu, croyons-nous, de prolonger ces citations pour démontrer la confusion qui, à cet endroit, existe dans les ouvrages de ces auteurs recommandables.

Au reste, les pages suivantes du même ouvrage démontrent formellement que, dans l'esprit de l'illustre clinicien, le dernier mot n'est pas dit sur les affections douloureuses du foie, et que, pour son compte, il considère le diagnostic comme étant parfois extrêmement difficile.

Les auteurs que nous avons cités : Andral, Beau, Trousseau, sont ceux qui se sont le plus rapprochés de la question ; en cherchant ailleurs, on ne trouve nulle part des observations comparables à celles de Beau, par exemple.

Ces praticiens distingués ont observé des faits cliniques de la plus haute importance relative à la question qui nous intéresse ; mais l'interprétation pathogénique qu'ils en donnent étant fausse ou défectueuse, il en résulte le plus souvent une thérapeutique non rationnelle.

ETIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

De toutes les causes susceptibles d'amener ou de produire l'hépatomégalie avec matité douloureuse, la plus commune et la plus efficace est sans contredit l'anémie.

On voit toutefois rarement signalé, dans les articles ou les chapitres relatifs à l'anémie, l'état du foie dont nous nous proposons l'étude. La raison en est que la douleur, bien souvent réveillée par la pression ou la percussion épigastrique, par l'examen, en un mot, de la partie du foie directement accessible à la main de l'explorateur, est souvent, pour ne pas dire toujours, excessive. Aussi le symptôme douleur domine-t-il tous les autres : douleur et anémie sont choses si fréquemment coexistantes que le praticien conclut bien des fois à la névralgie de cause anémique. Le siège de cette névralgie lui importe peu ; est-ce à l'épanouissement épigastrique de certains nerfs intercostaux ? est-ce, au contraire, plus profondément, c'est-à-dire du côté du foie, du côté de l'estomac, que ces névralgies existent ?

Il semble que, pratiquement, la chose soit de faible importance. Nous aurons toutefois l'occasion de démontrer, au point de vue des indications et de la thérapeutique, qu'il n'est pas indifférent de savoir, même en présence d'un état douloureux anémique local, que celui-ci existe plutôt du côté de tel organe que de tel autre. Qu'il suffise,

pour le moment, au point de vue étiologique, de voir de quelle façon l'anémie peut arriver à produire l'hépatomégalie.

Et, d'abord, il nous serait permis, nous appuyant pour cela sur les remarquables recherches du professeur Parrot (1) relatives au souffle cardiaque chez les anémiques ; il nous serait permis, disons-nous, de songer de suite à l'existence du foie cardiaque dans l'anémie.

Tandis, en effet, que, pour la plupart des auteurs, les souffles anémiques auraient surtout pour siège maximum l'aorte et son orifice, ce qui favoriserait leur propagation dans les artères du cou ; tandis que, pour certains, l'orifice auriculo-ventriculaire gauche serait le point où ils se produiraient avec assez de facilité, pour M. Constantin Paul (2), qui a décrit le bruit de souffle anémo-spasmodique de l'artère pulmonaire, ce vaisseau serait celui de la base du cœur, où on les entendrait le plus souvent. Ils se caractériseraient là, non-seulement par le siège maximum, différent de celui des bruits aortiques, mais encore et surtout par leur non-propagation aux vaisseaux du cou.

L'attention a été attirée par M. Constantin Paul sur l'artère pulmonaire en ce qui concerne les souffles de l'anémie ; mais Parrot affirme, en outre, que toute anémie tant soit peu intense s'accompagne d'un bruit de souffle d'insuffisance tricuspidienne (au premier temps et à la pointe du côté droit, ayant son maximum au niveau de l'appendice xyphoïde). Cette insuffisance elle-même recon-

(1) Parrot, Etude clinique sur le siège et le mécanisme des bruits cardiaques (Arch. gén. de méd., août 1868).

(2) Constantin Paul, Du siège du souffle anémo-spasmodique (Société méd. des hôpitaux, 1878).

naîtrait pour cause une inocclusion valvulaire résultant de l'atonie du myocarde produite elle-même par l'anémie, d'où dilatation du ventricule droit, cœur globuleux et tiraillement des valvules, non plus suivant l'axe du ventricule, mais bien dans la direction de ses parois.

Atonie d'une part, écartement valvulaire anormal d'une autre, telles seraient les raisons suffisantes de la production d'une insuffisance tricuspidienne commencement d'asystolie.

De là au foie cardiaque il n'y a qu'un pas, et le reflux sanguin provenant de l'insuffisance nous en rend largement compte sans que nous ayons besoin d'insister davantage sur son mode de production.

Si, dans certains cas, on constate, comme nous l'avons dit plus haut, l'association du foie gras au foie muscade, il en est d'autres, ainsi que cela découle de nos observations, dans lesquels le foie cardiaque fait absolument défaut. Quel serait donc l'état du foie dans ces derniers ?

Cet état n'est autre chose qu'une dégénérescence graisseuse qui détermine une augmentation de volume de l'organe parfois très-considérable.

Nous avons pu observer cet état dans deux des observations qui nous sont personnelles. Ce sont même les deux seules observations dans lesquelles l'examen nécropsique ait été fait. Nos autres malades ont guéri, soit qu'il s'agisse d'états chroniques, comme l'anémie, soit au contraire que l'hépatomégalie ait été observée dans le cours de maladies aiguës (pleuropneumonie), ainsi qu'on peut le voir dans l'observation suivante.

Observation Ire

(PERSONNELLE)

Emilie Sigala, âgée de 45 ans, née à Uchaud (départ. du Gard), est entrée, le 13 avril 1881, à l'hôpital St-Eloi, à Montpellier, où elle occupait le lit n° 18 de la salle Notre-Dame, service de M. Combal. Elle est mariée, et son état était journalière. Elle dit n'avoir jamais eu d'autre maladie qu'une pneumonie, il y a de ça trois ans, époque où elle etait balayeuse de rues, et depuis laquelle ses menstrues ont complètement cessé.

Le jour de son entrée, nous constatons sur notre malade de la matitée n arrière et à la base du côté gauche du thorax ; en même temps nous entendons un souffle à ce niveau. L'examen direct nous montre une augmentation du volume du foie, dont le bord antérieur dépassait considérablement les fausses côtes ; à la percussion, la matité hépatique est douloureuse. La malade présente en outre une légère teinte sub-ictérique.

Prescriptions du 14 :

1° Ipéca concassé 1 gramme, en infusion dans eau 60 grammes;

2° Ecorce d'oranges amères 4 grammes, en infusion dans eau 60 grammes.

Mêlez les deux infusions et ajoutez : sirop d'écorce d'oranges amères, 30 grammes ; ainsi que l'application d'un vésicatoire camphré, recouvert du papier huilé de 12 centimètres carré.

Potage.

15. — Apparition de taches ecchimotiques très-petites sur toute la surface cutanée. Epanchement pleurétique à gauche et à la base en arrière ; on porte le diagnostic de pleuropneumonie sur le cahier de service.

Crachats rouillés; on entend des râles crépitants.

1° Ipéca, 2 gram. en potion ;

2° Potion avec : eau gommée 100 gram.
Rhum 40 gram.
par cuillerées alternées de l'autre.

Bouillon toutes les trois heures, jus de viande.

Soir : Température, 36°8.

16. — Matin, Temp. 39°1.
Pouls 84°.
Respir. 32°.

Crachats rouillés, souffle tubaire, râles crépitants.

19. — Râles sous-crépitants à la base gauche et en arrière quand on la fait tousser, souffle tubaire dans toute l'étendue de ce côté.

20. — Râles sous-crépitants à la base, souffle en haut.

On prescrit : Potage vermicelles, des biscuits trempés dans du vin et du chocolat.

Soir : Temp. 38°.

22. — Matin : Temp. 36°3.

Nous constatons des frottements pleurétiques ; application d'un vésicatoire de 10 centimètres carrés, en arrière et à la base du côté gauche.

23. — On entend quelques râles sous-crépitants en haut ; l'ipéca est suspendu.

24. — Soir : Temp. 37°4.

Prescr. : Côtelette d'agneau.

25. — Mat. : Temp. 36°9.

27. — Soir : Temp. 37°9.

28. — Soir : Temp. 36°4.

La malade sort guérie.

Nous n'avons pas la prétention de décrire ici l'anatomie pathologique du foie cardiaque, pour l'étude de laquelle nous ne saurions mieux faire que de renvoyer à la thèse d'agrégation de M. Baumel (1). Il est toujours utile de reconnaître, ainsi qu'il a été déjà dit, que les deux états

(1) L. Baumel. Des lésions non congénitales du cœur droit et de leurs effets. Thèse du concours d'agrégation. Paris, 1883.

gras et cardiaque du foie peuvent coexister et se compliquer en quelque sorte, surtout dans l'anémie, par le mécanisme de Parrot, mais aussi dans les lésions cardiaques et pulmonaires chroniques ou aiguës.

Chercherons-nous à nous expliquer les raisons de la dégénérescence graisseuse du foie? Le problème est bien difficile à résoudre, sinon impossible, et cela pour plusieurs motifs. Grande est encore, en effet, l'obscurité qui entoure la physiologie du foie. La bile, produit excrémentitiel pour les uns (Blondlot, Küss, etc.), serait pour les autres (Béclard, Bérard, Longet, Mialhe, etc.), un émulsionnant des graisses ; pour d'autres enfin (G. Sée, etc.), un excitant des contractions musculaires de l'intestin. Là ne se borne pas le doute en matière de physiologie hépatique. La fonction glycogénique de cet organe, mise en lumière par Cl. Bernard, n'a pas encore, de l'avis de cet auteur lui-même, dit son dernier mot, et l'importance des lésions hépatiques dans la pathogénie du diabète est loin d'être aussi grande qu'on l'a cru jusqu'à ce jour (Bouchardat, Lancereaux, Lapierre, Cyr, Baumel, Dreyfous). (1) Il n'est pas jusqu'aux fonctions hématopoiétiques du foie qui ne soient enveloppées d'un certain nuage. Tout récemment, enfin, une fonction nouvelle lui a été reconnue, bien qu'elle ne soit pas encore acceptée de tout le monde : nous avons nommé la fonction uropoiétique d'après laquelle le foie serait le foyer principal de la formation de l'urée (Bouchard (2), Dupré) (3).

Avec de pareilles et si obscures notions physiologiques,

(1) Dreyfous, Pathogénie et accidents nerveux du diabète sucré. Th. d'agrég. Paris 1883.

(2) Bouchard, Le foie et l'urée.

(3) Dupré, De l'urée dans ses rapports avec la pathologie du foie. Th. de Montpellier, 1881.

blement atténuer la stase veineuse primitive qui s'y était produite.

Quelle que soit l'opinion que l'on se fasse de l'interprétation des faits tels que nous venons de la donner, nous n'insisterons pas davantage sur ces considérations d'ordre purement théorique et hypothétique pour concentrer plus spécialement notre étude sur le fait clinique en lui-même. Nous n'oublierons pas, en effet, que c'est surtout au point de vue pratique que nous devons nous placer dans l'étude de l'hépatomégalie avec matité douloureuse du foie, et c'est pour ce motif que, après les quelques considérations de physiologie pathologique qui précèdent, nous aborderons avec plus d'assurance, et surtout plus de profit, l'étude symptomatologique de l'état que nous avons observé et que nous avons l'intention de décrire.

SYMPTOMATOLOGIE

Augmentation du volume du foie, palpation et percussion douloureuses de cet organe, troubles dyspeptiques, telle est la trilogie symptomatique ou, si l'on préfère, le syndrome clinique constitué par la forme d'hépatomégalie que nous étudions.

Nous n'avons nullement la prétention d'avoir inventé ni le nom ni la chose. Ce qui nous est personnel, c'est d'avoir établi la simultanéité de ces symptômes, dont nous allons maintenant faire la description, et qui constituent pour nous à la fois un syndrome intéressant à décrire, et surtout un état pathologique qui devient le plus souvent, pour ne pas dire toujours, le sujet d'indications et de contre-indications de la plus haute importance, sur lesquelles nous aurons à revenir et à insister en nous occupant du traitement.

L'augmentation de volume du foie porte sur l'ensemble de l'organe hépatique; c'est ce qui la distingue tout d'abord des augmentations de volume partielles (tumeurs, kystes, etc., etc.).

Il serait puéril de notre part d'insister longuement sur les signes de l'hypermégalie hépatique ; le foie, dont la limite supérieure correspond à une ligne horizontale située

à un centimètre et demi ou deux centimètres au-dessous du mamelon droit, dont la limite inférieure est naturellement délimitée par le rebord costal correspondant, se trouve agrandi dans tous ses diamètres, et s'il n'est pas toujours élevé par rapport à sa limite supérieure, il n'en est pas moins évident que, *constamment,* dans l'état qui nous intéresse, sa limite inférieure est plus ou moins considérablement abaissée ; c'est ce qui permet de sentir une rénitence particulière, au-dessous du rebord costal, dans une étendue plus ou moins grande et qui est en rapport avec le degré d'hypermégalie.

Cette rénitence est d'autant plus étendue et d'autant plus sensible que l'on s'élève davantage des côtes flottantes aux fausses côtes et à la région épigastrique. Les diamètres scapulo-costal, costo-axillaire, costo-mammaire, ont subi une augmentation de longueur, ainsi que le diamètre épigastrique ou xyphoïdien.

L'inspection peut, dans certains cas d'hypermégalie excessive, faire constater l'existence d'une voussure de l'hypochondre droit et de la région épigastrique. Mais c'est surtout la palpation et la percussion dont les renseignements sont précieux à recueillir.

La palpation, en effet, donne non-seulement la sensation de rénitence dont nous avons parlé tout à l'heure, et qui existe sur toute la partie du foie qui déborde les fausses côtes ; mais elle fait, en outre, constater l'existence d'un bord saillant antérieur, signe commun à toute hypertrophie ou hypermégalie du foie intéressant l'ensemble de l'organe.

C'est cette uniformité dans l'augmentation du volume, associée à l'élément douleur, et survenant dans les circonstances que nous avons signalées dans le chapitre consacré à l'étiologie, qui fait un des caractères fondamentaux

de l'état particulier du foie sur lequel nous portons notre attention. A ces divers éléments ne tarde pas à s'ajouter une autre source d'informations non moins importantes : nous voulons parler de la percussion donnant lieu à une *matité douloureuse*.

Ici, comme pour la palpation, il faut distinguer ce qui se passe pour la partie du foie qui déborde les fausses côtes et pour celle qui, plus profondément située, plonge et s'enfonce dans l'hypochondre, recouverte par ces dernières et les espaces intercostaux. Tandis, en effet, que la matité, évidente pour l'une comme pour l'autre de ces parties, détermine au niveau de la première une douleur parfois très intense, elle est à peu près silencieuse à ce point de vue et sans effet au niveau de la seconde. Nous aurons à voir, à propos du diagnostic différentiel, l'erreur qui peut résulter de ce fait quand on songe que l'épigastre peut être saisi de douleurs multiples, de sièges très variés, et que la pression toutefois exagère : nous voulons parler de l'hyperesthésie, de la névralgie intercostale à épanouissement épigastrique, de la myalgie, de la gastralgie, de l'hépatalgie, etc...

Mais si l'augmentation de volume du foie, si la percussion douloureuse hépatique sont d'une importance capitale pour le diagnostic que leur constatation confirme, elles demandent à être cherchées et se présentent à l'observateur sous le voile d'autres états morbides, parmi lesquels figure, au premier rang, la dyspepsie.

Les troubles dyspeptiques sont, en effet, chose fréquente, dans l'anémie surtout ; lorsqu'on les observe en pareille circonstance, on ne manque pas de les rapporter à l'état du sang, entraînant une sécrétion anormale du suc gastrique, ou bien à la gastralgie que les remarquables observations de Trousseau ont substituée à la gastrite, trop sou-

peut-on invoquer le trouble d'une de ses fonctions ou de plusieurs d'entre elles pour se rendre compte de la pathogénie de cette hypermégalie hépatique ? Admettrons-nous, comme onpourrait le faire chez le tuberculeux par exemple, dont le foie gras caractéristique est décrit sous le nom de foie des phthisiques ; admettrons-nous, dis-je, que les substances hydrocarbonées et les graisses en particulier, ne subissant pas la combustion nécessaire , s'accumuleraient dans l'organe qui le premier est traversé par elles après leur absorption ?

Admettrons-nous que cette accumulation de graisse résulte du défaut d'oxygène par défaut de globules ? Dans ce cas, pourquoi la graisse s'accumulerait-elle plus particulièrement dans le foie et non pas dans l'économie tout entière ?

Admettrons-nous plutôt une gêne aux fonctions hépatiques et en particulier à celle qui consiste à débarrasser cet organe des substances grasses qu'il contient ? Nous inclinerions peut-être à penser que cette dernière hypothèse repose sur des bases plus solides que la première.

Prenons le tuberculeux par exemple :

Chez lui la gêne apportée à la circulation pulmonaire, d'autant plus grande que la maladie se trouve à une période plus avancée, nous rend compte à la fois et de la diminution de l'oxygène dans la masse sanguine et de l'augmentation, au contraire, sinon absolue, du moins relative, de l'acide carbonique dans le système veineux, surtout, et en particulier dans le foie qui en est une dépendance. De là, une plus facile formation de substances hydrocarbonées et une accumulation exagérée de graisses dans cet organe. Si les graisses ne s'accumulent pas avec la même facilité dans les autres parties de l'organisme, même dans le tissu

cellulaire sous-cutané, qui est leur siége de prédilection, cela tient d'abord à ce que, étant donné l'état du foie et celui du tube digestif qu'il entraîne, la digestion, l'absorption, l'assimilation, sont loin d'être normales. D'autre part, l'oxygène, entraîné par les hématies de la surface pulmonaire dans les replis de l'organisme, a pour effet la destruction permanente et progressive du tissu adipeux déjà existant.

Défaut d'assimilation d'un côté, combustion continue de l'autre, tels sont les deux facteurs qui contribuent à produire l'émaciation générale. Quant à la stéatose hépatique, elle s'explique par les raisons que nous avons exposées plus haut.

Ces raisons ne sont pas les seules dont on puisse invoquer l'efficacité pour la production de cet état. Si l'on songe, en effet, à la possibilité de l'existence du foie cardiaque dans l'anémie comme dans la tuberculose, on s'expliquera plus aisément encore la gêne circulatoire hépatique, le défaut d'absorption ou, si l'on préfère, de résorption des matériaux emmagasinés dans ses cellules. Dans le foie muscade proprement dit, on constate, en effet, dans chaque lobule, deux zones : l'une centrale, rouge, résultant de la dilatation vasculaire ; l'autre jaunâtre, périphérique ou de dégénérescence graisseuse. Suivant que l'un ou l'autre de ces états prédomine, c'est le foie cardiaque ou au contraire le foie gras que l'on observe, comme dans le fait suivant :

Observation II

(Personnelle)

La dame X..., ménagère, âgée de 38 ans, née à Cette (Hérault), entre à l'hôpital St-Eloi de Montpellier, le 7 mars 1881, et est couchée au n° 8 de la salle Ste-Marie, dans le service de la clinique médicale.

La malade est dans un état cachectique profond ; coloration jaune-paille de la peau ; émaciation générale. Elle est entrée pour des douleurs de l'hypochondre droit, et l'on s'est demandé d'abord si on n'avait pas à faire à un cancer du foie ; mais l'interrogatoire nous apprend que la malade se trouve fatiguée depuis quelques mois ; elle a eu deux hémoptysies antérieures et elle tousse et crache modérément. La percussion du sommet droit révèle de la submatité en avant et en arrière, et à l'auscultation on perçoit quelques râles humides et des craquements. A gauche, la respiration est rude, pénible, supplémentaire.

Elle a, de plus, une diarrhée rebelle qui a duré pendant plusieurs semaines et qui la fatigue grandement.

La malade a perdu son père d'une maladie de poitrine, sa mère vit encore, elle a perdu un frère et une sœur en bas-âge.

Le 9, M. Baumel, alors chef de clinique médicale, porte notre attention sur le foie. Il nous fait observer que ces douleurs ressemblent plutôt à la douleur du foie gras, et subissent des exacerbations au moment où la malade a mangé et où elle est levée.

Cette douleur spontanée s'exagère au moment où l'on pratique la palpation du foie et la percussion au niveau de la matité hépatique, qui est très douloureuse ; on reconnaît que le foie, augmenté de volume, déborde largement les fausses côtes de 4 à 8 centimètres. C'est surtout cette partie du foie débordant les fausses côtes qui fait le plus souffrir la malade au moment de notre exploration par les moyens indiqués.

La percussion démontre, en outre, qu'il existe un peu de liquide dans la cavité abdominale.

On prescrit du lait, de l'eau seconde de chaux et pour l'alimentation un régime ad libitum.

Le 11, la diarrhée est la même ; sous-nitrate de bismuth, 4 gr.

Le 14, on perçoit des râles cavernuleux au sommet droit et en avant. Teinture de noix vomique, 4 gouttes avant le repas.

Le 15 même état ; continuation du régime lacté.

Le 17, on remarque une généralisation des craquements à droite et en arrière dans toute l'étendue du poumon ; la diarrhée persiste ; le foie paraît plus volumineux. On suspend la teinture de noix vomique. Bismuth 6 gr. en potion.

Le 18, la diarrhée persiste. Décoction blanche de Sydenham.

Le 19, la malade est à toute extrémité. Prescription : looch avec extrait gommeux d'opium 0,05. Le soir, elle meurt.

Autopsie. — L'examen nécropsique démontre trois ou quatre ulcérations de l'intestin. L'une d'elles mesure une longueur de 3 centimètres.

Le sommet du poumon droit est le siège de nombreux tubercules à l'état naissant, sans caséification. Le foie est énorme ; c'est le foie gras des tuberculeux.

Diverses coupes pratiquées dans le parenchyme démontrent qu'il n'est pas le siège de tubercules ni d'autres néoplasmes.

Nous n'aurions même pas de la difficulté à admettre que la prédominance du foie gras sur le foie cardiaque peut faire disparaître le premier qui le complique. Dans l'anémie, en effet, dans la tuberculose, où l'état cardiaque du foie est faible, quand il existe, où au contraire l'accumulation des substances grasses dans cet organe est favorisée par les conditions pathologiques dont nous avons parlé plus haut, nous n'aurions pas de peine à comprendre comment l'accumulation incessante de matériaux graisseux pourrait, en distendant les cellules hépatiques, en hypertrophiant les lobules et consécutivement le foie, produire une véritable anémie intra-lobulaire etempêcher, ou du moins considéra-

vent invoquée dans la période broussaisienne en pareille occurence. Toutefois, il faut le reconnaître, la fréquence de la gastralgie a été peut-être aussi exagérée par Trousseau que le fut celle de la gastrite par Broussais et les partisans de sa doctrine. Il nous a été donné, plus d'une fois, en présence de certains troubles digestifs survenant chez les anémiques, de prévoir l'hépatomégalie avec matité douloureuse du foie. Nos prévisions ont été toujours réalisées. Mais voyons de suite quels sont les troubles digestifs habituellement observés.

Aussitôt après le repas, les malades se plaignent, non pas d'une douleur vive, comme devrait l'être celle d'une névralgie, mais d'une pesanteur et d'une gêne plus ou moins considérables à l'épigastre, nécessitant la suppression de toute espèce de constriction à ce niveau et le desserrement de vêtements trop étroits. Le calme ne renaît pas aussitôt ces précautions prises ; mais la gêne, parfois douloureuse, éprouvée à la région épigastrique se trouve fort atténuée. Elle persiste, toutefois, plus ou moins intense, suivant les malades, leur tempérament et leur degré d'anémie. Pratique-t-on l'exploration de la région douloureuse, la palpation et la percussion, nous l'avons dit plus haut, exagèrent la douleur et lui donnent un degré d'acuité qu'elle ne présentait pas auparavant. Ce nouveau caractère, exagération de la douleur par la pression, pourrait bien être encore rapporté à une névralgie dans laquelle, on le sait, la pression exagère d'abord, mais diminue ensuite, la douleur éprouvée par le malade. Aussi, à un examen superficiel est-on de suite porté à dire : Voilà une névralgie stomacale, une gastralgie anémique.

Ces symptômes sont ainsi exagérés tout le temps que dure la digestion gastrique, absolument comme dans les observations de Beau, dont nous avons parlé antérieu-

rement. Comment savoir, nous dira-t-on, que c'est le foie et non l'estomac qui est le point de départ de ces accidents symptomatiques? C'est ici que ressort toute l'utilité de la constatation de l'hypermégalie du foie, qui prouve d'abord que cet organe est le siège d'un processus pathologique spécial. Que l'on pratique à présent, selon le judicieux précepte de Beau lui-même, après avoir délimité aussi bien que possible le volume du foie, que l'on pratique la palpation et la percussion, non plus seulement épigastrique, mais hépatique, non plus seulement générale, mais particulière à chacun des organes que l'on rencontre au niveau de l'épigastre, notamment au foie et à l'estomac ; ce qui frappera tout d'abord, c'est que les régions mates sont les régions douloureuses. Le symptôme douleur fait complètement défaut, au contraire, à la palpation comme à la percussion de la zone sonore ou gastrique.

A ce premier fait, important par lui-même, s'ajoute la forme particulière de la matité comme de la douleur qui l'accompagne ; cette forme est absolument celle du foie augmenté de volume : elle occupe ses surfaces et ses bords. Une distinction, néanmoins, doit être faite, relativement aux divers points de la surface de cet organe accessible à nos moyens d'investigation, et l'on peut dire, d'une manière générale, que le point exploré est d'autant plus douloureux qu'il est moins abrité et plus accessible aux mains de l'explorateur.

C'est ainsi que la douleur, presque nulle si l'on percute sur une côte et suivant la direction de cette dernière, devient un peu plus évidente à la percussion d'un espace intercostal (le doigt placé suivant la direction de cet espace); mais elle est très-nette à la percussion et à la palpation de cette partie du foie qui déborde les fausses côtes, véritable languette hépatique dont l'étendue augmente, selon que

l'hypermégalie est plus considérable ou le foie plus abaissé dans son ensemble. C'est précisément encore à cette espèce de localisation apparente plus que réelle à une partie, parfois assez restreinte, de la surface hépatique, que l'on doit les erreurs nombreuses qui ont fait prendre cet état pour une gastralgie ou de la dyspepsie.

Reste à montrer maintenant pourquoi ces symptômes, dont le foie est le siège, s'accusent davantage au moment de la digestion et paraissent, pour ce motif, avoir leur point de départ dans l'estomac. Cet organe, en effet, déjà refoulé par le foie plus volumineux que de coutume, va subir de la part des aliments ingérés une certaine distension. Celle-ci sera en rapport avec la quantité des aliments ingérés et de plus avec la quantité de gaz accumulés dans cet organe et venus de l'extérieur (air dégluti) ou de l'intérieur (sécrétion gazeuse, gastrique, refoulement des gaz intestinaux jusque dans l'estomac observé dans la constipation, enfin et surtout, fermentation alimentaire, normale ou anormale), suivant que l'estomac lui-même est dans un état d'intégrité absolu ou, au contraire, dilaté, enflammé, etc., etc.

Quoi qu'il en soit, et prenant en lui-même cet état de distension gastrique qui se produit au moment de la digestion pour les raisons déjà signalées, et auxquelles on aurait pu en ajouter bien d'autres, il sera fort aisé de comprendre comment le foie comprimé alors, soit par l'estomac distendu et à l'état de plénitude comme il l'était tout à l'heure, soit par le doigt ou la main de l'explorateur, traduira sa souffrance de la même manière, c'est-à-dire par une douleur plus ou moins vive et en rapport direct avec le degré de compression. Voilà comment, à notre avis, des troubles digestifs proprement dits se rapportent à un autre organe que celui qui semble primitivement en

être le siège ; voilà pourquoi il est aisé de s'expliquer une dyspepsie sans dyspepsie, on peut le dire ; voilà aussi comment nous serons amenés, au point de vue thérapeutique, à délaisser tous les moyens eupeptiques pour ne nous adresser qu'à l'état pathologique spécial dont le foie est devenu le siège.

MARCHE. — DURÉE — TERMINAISON

L'hépatomégalie avec matité douloureuse du foie peut être, à bon droit, considérée comme un épisode de la maladie le plus souvent générale, anémie par exemple, dans le cours de laquelle on la voit survenir. Malgré son caractère secondaire, et tout en tenant compte, cependant, des liens étroits qui l'unissent à sa cause première, elle nous paraît nécessiter une description spéciale au point de vue de sa marche, de sa durée et de sa terminaison. D'une manière générale, on peut admettre pour l'hépatomégalie douloureuse trois périodes successives, mais distinctes.

Une première période d'augment, dans laquelle on voit s'établir et s'exagérer progressivement l'état pathologique que nous étudions et le cortège symptomatique qui lui est propre, et qui est exposé plus haut.

Une seconde période d'état est caractérisée par le summum d'intensité de la lésion et de ses symptômes.

Une troisième période de déclin ou d'aggravation, suivant les cas, caractérisée par une atténuation continue et progressive du tableau symptomatique précédemment décrit, quand la guérison doit en être la conséquence ; se

révélant, au contraire, par un état permanent de la période d'état, quelquefois même par une augmentation plus grande encore du volume du foie et une intolérance gastrique très prononcée, même absolue pour toute espèce d'alimentation, ce qui contribue pour une large part à aggraver encore l'état général primitif dont l'hypermégalie douloureuse n'a été que l'effet immédiat.

Ce tableau régulier est loin de convenir à tous les cas observés, et, si le plus grand nombre entre dans ce cadre, il en est d'autres qui, ne respectant aucune règle, s'écartent plus ou moins du type ordinaire et commun. C'est ainsi que, solidaire de l'état général qui lui a donné naissance ou qu'elle complique, l'hypermégalie douloureuse est parfois soumise à des oscillations, véritables manifestations locales des oscillations non moins importantes de l'état général producteur.

C'est le plus souvent dans le cours de l'anémie que l'on voit celles-ci se produire. Rien n'est plus variable, en effet, que la marche de cette maladie générale, où l'on voit les rechutes, voire même les récidives, survenir sous l'influence de la moindre cause occasionnelle.

Ces oscillations seront moins fréquentes dans les maladies cardiaques ou pulmonaires. Mais ici encore une asystolie transitoire pourra venir tout à coup aggraver pour un certain temps l'état local, en favorisant la production de l'exagération de l'état cardiaque du foie.

Elles seront nulles dans l'anémie profonde, irrémédiable, pernicieuse, en raison des désordres nutritifs profonds réalisés dans l'état local, mais aussi dans l'état général.

De même en sera-t-il dans l'anémie intense survenue au cours de suppurations considérables et longtemps prolongées, comme le sont celles qui résultent d'une carie ou

de la fonte tuberculeuse de quelque partie de la charpente osseuse.

On sait même que, dans ces circonstances, la dégénérescence amyloïde du foie est chose assez fréquente, et peut-être alors est-elle susceptible de la même interprétation, vis-à-vis des substances amylacées, que celle que nous avons donnée plus haut pour la stéatose hépatique.

Le foie est, en effet, le confluent par excellence des produits de la digestion et aussi bien du glycose, résultat des transformations des substances ternaires, que des graisses émulsionnées dans le tube digestif avant leur absorption.

Nous ne poursuivrons pas ce parallèle, qui risquerait de nous entraîner trop loin; nous nous contenterons de l'avoir signalé, et nous reviendrons rapidement à l'étude de cette forme exceptionnelle de stéatose hépatique que nous nous sommes proposé d'étudier.

Quant à la durée de cet état secondaire, elle varie, on le conçoit, avec la durée de la cause qui lui a donné naissance. De quelques semaines ou de quelques mois dans les cas les moins graves, elle peut durer des années dans les cas les plus intenses, et alors sa curabilité est en rapport avec la période de temps écoulé depuis son début.

La terminaison, cela résulte des considérations qui précèdent, est la guérison parfois définitive, d'emblée; d'autres fois après un nombre plus ou moins considérable d'oscillations. Enfin, la mort peut en être la conséquence lorsque la nutrition, profondément compromise, soit par l'état général, soit surtout par l'état local, est descendue au-dessous de l'activité qui lui est nécessaire pour rester compatible avec la vie.

Le pronostic varie, par conséquent, suivant les circonstances que nous venons de signaler.

DIAGNOSTIC

Les premiers symptômes de l'hépatomégalie douloureuse accusés par le malade sont des troubles dyspeptiques. C'est donc d'avec la dyspepsie gastrique que l'on doit en première ligne la distinguer. Nous n'avons pas la prétention de faire ici une étude complète de la dyspepsie, sur laquelle on a écrit de nombreux volumes. Il suffit de dire que la dyspepsie n'est qu'un symptôme que l'on peut rencontrer dans les maladies les plus diverses. Tantôt symptomatique d'un état local gastrique, elle se rapporte à une lésion de ce viscère tel que la gastrite aiguë mais surtout chronique, la dilatation de l'estomac souvent consécutive à cette dernière, l'ulcère, le cancer, qui présentent chacun une symptomatologie spéciale au milieu de laquelle se trouve la dyspepsie. Ce n'est certainement pas avec l'un de ces états que l'on pourra confondre l'hépatomégalie douloureuse.

A côté de ces lésions gastriques, se trouvent certains troubles fonctionnels de l'organe, notamment la gastralgie qui reconnaît le plus souvent pour cause un état pathologique général antérieur ou concomitant ; l'anémie à causes multiples et très-variables est le plus habituellement incriminée dans l'espèce.

En raison de l'obscurité qui enveloppe encore d'abord la

pathogénie, mais aussi et surtout la symptomatologie de cette névralgie gastrique ; en raison de la rareté avec laquelle on l'observe ; si l'on songe, en outre, à la difficulté pour ne pas dire à l'impossibilité de rencontrer, dans les cas même où elle paraît le plus évidente, des symptômes que les auteurs lui assignent comme caractéristiques, c'est-à-dire un défaut de rapport entre les accès douloureux et l'alimentation, et de plus le soulagement résultant d'une pression énergique et *large* ; pour ces divers motifs, disons-nous, la gastralgie, dont l'existence est des plus rares, si même il est permis de l'admettre, sera toujours distinguée aisément de l'hépatomégalie douloureuse. Cette distinction s'opérera par le fait : d'une part, du rapport existant entre la douleur et l'alimentation ; d'autre part, du siége exclusif de la *douleur exagérée par la palpation et la percussion* au niveau de la matité hépatique et principalement de la zone sous-costale du foie.

L'épigastralgie nerveuse ou musculaire de Briquet pourrait, jusqu'à un certain point, donner le change et faire croire à l'observateur qu'il se trouve en face d'une hépatomégalie douloureuse. Mais, si l'on se rappelle que les points névralgiques existent au niveau du bord externe du muscle droit, que souvent dans la névralgie intercostale coexistent les points apophysaires de Trousseau, qu'enfin le mouvement exagère la douleur quand on a affaire à de la myalgie, il sera aisé de concevoir qu'à l'absence de ces signes s'ajoutant la matité douloureuse hépatique et l'augmentation de volume de l'organe, enfin un état général le plus souvent anémique, le doute ne saurait persister.

Viennent ensuite les coliques hépatiques qui amènent fréquemment l'ictère, dans lesquelles les urines peu abon-

dantes sont plus concentrées que de coutume, et les accès douloureux surviennent, non pas au moment du repas, ni immédiatement après, mais bien de deux à quatre heures après l'ingestion des aliments. A ces caractères déjà suffisants, malgré la localisation à l'hypochondre droit de la douleur éprouvée par le malade, s'ajoute le plus souvent une irradiation douloureuse vers l'épaule droite qui fait défaut dans l'état d'hypermégalie douloureuse.

Mais c'est surtout l'hépatalgie qui prête à confusion. Beaucoup d'auteurs l'ont mentionnée et décrite sans qu'aucun ait pu nous fournir un tableau clinique suffisant pour la reconnaître, ni les symptômes pathognomoniques qui la caractérisent; l'hépatalgie qui, comme la gastralgie, et peut-être plus qu'elle, est aussi malaisée à constater qu'à décrire, ainsi qu'il résulte surabondamment, croyons-nous, des citations que nous avons empruntées aux auteurs les plus recommandables et qui figurent dans notre aperçu historique.

Nous avons la conviction, comme nous l'avons dit plus haut, que bien des fois on a qualifié d'hépatalgie ou de gastralgie l'hépatomégalie douloureuse que nous avons décrite. Si le traitement n'a peut-être pas été bien modifié par le diagnostic hépatalgie, ce qu'il serait pourtant nécessaire de démontrer, il l'a été, nous en avons l'intime conviction, par celui de gastralgie et surtout de dyspepsie. Tandis, en effet, que pour nous les troubles gastriques ou dyspeptiques sont les effets de l'hépatomégalie, pour ceux qui, dans ce cas, diagnostiquent une gastralgie ou une dyspepsie, ces troubles, loin d'être secondaires, sont considérés comme primitifs. Et en supposant que l'on tienne compte des liens étroits qui unissent l'état local hépatique ou gastrique à l'état général anémique qui les détermine fréquemment, il n'est pas contestable que le praticien, dominé par l'idée d'irrita-

tion gastrique et de dyspepsie stomacale, aura recours aux moyens appropriés à ces divers états. Il n'administrera qu'avec beaucoup de timidité le fer, ce médicament excitant du tube digestif, qui est une des armes les plus puissantes pour combattre l'état local hépatomégalique en modifiant l'état général (anémie) qui lui a donné naissance.

Voici maintenant l'histoire d'une malade qui prouve que l'hépatomégalie douloureuse peut être confondue facilement avec d'autres états morbides se rapprochant des précédents.

Observation III

(PERSONNELLE)

Victorine Combes, 30 ans, née à Toulouse (Haute-Garonne), célibataire, entre à l'hôpital Saint-Eloi le 28 mai 1881, et occupe le n° 18 de la salle Sainte-Marie.

Entrée pour un rhumatisme fibreux qui dure environ depuis quatre mois, la malade raconte qu'elle a eu la première attaque de rhumatisme il y a six ans. La maladie fut alors chronique d'emblée et eut une durée de six mois; toutes les articulations avaient été prises, au dire de la malade, bien que celle-ci pût se lever tous les jours.

Enfin, la première apparition de la maladie se fit après une menstruation supprimée par une immersion dans l'eau froide d'une rivière pendant la période menstruelle, et la suppression des règles avait duré huit mois, c'est-à-dire deux mois de plus que son rhumatisme.

Depuis lors, elle ne mangeait guère que de la salade et du saucisson.

Il est un détail intéressant à noter, c'est que, lors de cette première manifestation rhumatismale, la région cervicale surtout a été prise. En outre, il y a deux ans, la malade a fait une chute d'un arbre

assez élevé sur une chaise. Cette chute a été suivie ultérieurement de vomissements qui existaient quelques mois avant l'attaque rhumatismale que nous avons sous les yeux.

Rien à noter du côté des antécédents héréditaires

État actuel. — L'atteinte dont nous sommes témoins date de quatre mois. La malade a été traitée à l'hôpital de Nimes par le salycilate de soude. Elle se plaint de douleurs, surtout au niveau des doigts et des orteils, et l'on peut voir qu'une déformation très-prononcée existe dans les points indiqués par la malade. A la contre-visite, M. Baumel, chef de clinique, fait remarquer les déformations par rétraction musculaire et fibreuse qui se sont produites aux extrémités (doigts et orteils).

Le 30 mai on prescrit, iodure de potassium, 4 grammes, dans une potion avec sirop d'écorce d'oranges amères. De plus, un lavement avec sulfate de soude, 40 grammes.

Le 3 juin, eau de Royat, 2 cuillerées.

Le 11, salycilate de soude, 2 grammes en potion.

Le 15, potion antispasmodique.

Le 25, lavement purgatif.

Le 30, la malade vomit plusieurs fois dans la journée, et la coloration des matières vomies est noire. Glace.

Le 1er juillet, les vomissements continuent ; la malade éprouve de violentes douleurs au moment où elle vomit ; elle localise ses douleurs dans la région épigastrique. Est-ce un *rhumatisme viscéral ?...* On continue la glace.

Le 5, ses vomissements sont moins intenses. Jus de viande ; gelée de lichen ; glace.

Le 6, eau de Vichy, un quart de verre.

Le 7, trois pilules de codéine de 2 cent. ; lavement simple ; infusion de camomille 100 grammes avec laudanum, 5 gouttes.

Le 11, salycilate de soude, 4 grammes.

Le 12, la malade vomit depuis hier soir. On pense à un *ulcère rond :* 3 pillules avec chacune 1 milligramme de nitrate d'argent cristallisé ; eau de Seltz.

Le 27, vin blanc et biscuits ; lavements huileux et salycilate de soude, 3 grammes.

Le 11 août, acide arsénieux, 1 milligramme ; chloral, 2 grammes.

Le 12, vomissements. Glace ; chlorhydrate de morphine.

Le 16, les vomissements continuent. Est-ce *nerveux*? Bromure de potassium, 1 gramme dans sirop d'écorces d'oranges amères, 30 grammes.

Le 22, les vomissements qui avaient cessé reviennent.

Depuis cette époque la malade n'a pas été suivie jusqu'au 1er novembre (époque des vacances).

Le 1er novembre, elle dit qu'elle a souffert quelques jours. Température fébrile : on administre sulfate quinine, 1 gramme.

Le 7, hématémèses très abondantes.

On prescrit : 1° Potion de de Haen.

2° Potions avec :

Poudre d'yeux d'écrevisses,	3 gr.
Sirop de limon,	30
Eau distillée de fleurs d'orangers,	30
Liqueur d'Hoffmann,	10 goutt.
Laudanum,	10 goutt.
Sirop de gomme,	30 gr.

Le 12, vomit de nouveau. Injection sous-cut. de chlorhyd. de morphine.

Le 14, on provoque la trépidation épileptoïde.

M. Baumel, chef de clinique, nous fait remarquer alors que ces phénomènes, ainsi que les arthropathies, la rétraction et l'atrophie musculaire, pourraient bien être liés, au point de vue étiologique, aux lésions très accentuées de la région cervicale (lors de la première attaque).

Quant aux vomissements, on pourrait peut-être les attribuer à la chute qui s'était produite depuis lors.

On sait, en effet, que cet accident avait été suivi de vomissements violents, dont l'un avait été sanguin.

Le 15, elle a vomi tout hier; les matières rendues sont jaunes; examinées, on reconnait qu'elles contiennent non du pus, mais de la bile.

Le 16, elle vomit tout ce qu'elle a pris ; on donne : sirop de morphine, 20 grammes, au repas.

Elle ne vomit pas son potage.

Ici encore une circonstance imprévue nous force à ne plus observer notre malade jusqu'au milieu du mois de février. A ce moment, comme l'on avait pensé à un *cancer du pylore*, M. Mossé pratique le lavage de l'estomac. Mais ce lavage a encore exagéré les vomis-

sements ; de plus la malade est constipée. Depuis 15 jours elle n'a pas eu de selle : lavement à la glycérine, 45 grammes.

L'examen de la région épigastrique et de l'hypochondre droit nous révèle uue grande augmentation de volume, qu'on peut percevoir à la palpation et à la percussion. Celle-ci montre, en outre, que la *matité hépatique* est fort *douloureuse*.

Mais l'inspection nous apprend, en outre, qu'il y a des battements hépatiques ; et alors, voici les hypothèses que l'on pense à mettre en avant :

Est-ce un soulèvement dû aux battements aortiques ?

Est-ce un anévrysme ?

Est-ce le pouls veineux hépatique de Mahot ?

Le 3 mars : Jus de viande, 30 grammes.
Pepsine, 50 centigrammes.
Diastase, 1 gramme.
Bouillon, 150 grammes.

Le 4, laudanum de Sydenham, 10 gouttes.

Le 8, lavements analeptiques.

Le 17, coliques dues aux lavements ; vomissements plus fréquents. Temp., 5 heures, 38° 5.

Le 1er mai, douleurs abdominales plus vives. Laudanum, 8 gouttes en potion.

Le 4 mai, la malade succombe.

Autopsie. — L'examen du tube digestif ne fait rien découvrir d'anormal ; les muqueuses stomacale et intestinale sont absolument intactes.

Une seule lésion frappe immédiatement, c'est le volume du foie. On trouve, en effet, un foie gras énorme.

Le cerveau et la moelle, enlevés avec le plus grand soin, ne paraissent nullement atteints à l'examen macroscopique.

TRAITEMENT

La prédominance des troubles digestifs que nous avons signalés, au premier chef, dans la symptomatologie de l'hépatomégalie avec matité douloureuse, étant donné que ces troubles peuvent être considérés comme primitivement gastriques, nous amène à concevoir aisément que l'attention du malade et celle du médecin se trouvent exclusivement fixées du côté de l'appareil digestif et qu'on songe tout d'abord à modifier la dyspepsie souvent considérée, à tort, comme le résultat immédiat de l'anémie.

Ainsi, suivant la prédominance des troubles digestifs ou de la douleur, l'on a eu tantôt recours aux eupeptiques, entre autres aux amers, au quinquina, aux toniques névrosthéniques (pepsine, strychnine, etc.), tantôt aux sédatifs et aux antispasmodiques, tels que les préparations opiacées, le bromure de potassium, l'éther, la valériane, etc., etc.

Il est bien évident que chacun de ces moyens, employé isolément, a été administré sans succès : on le comprend d'autant plus facilement que le fer et ses composés, ces médicaments spécifiques en quelque sorte de l'anémie, mais qui produisent une irritation gastro-intestinale, surtout gastrique parfois intense, sont redoutés du médecin judicieux qui, à l'exemple de Trousseau, ne les emploie, dans

la gastralgie par exemple, même de cause anémique, qu'avec une excessive prudence et une grande modération. Même en ce cas, il les associe, lorsqu'il y a recours, à des moyens propres à en faciliter la tolérance; et, parmi eux, les sédatifs (opium, etc.) et les antispasmodiques (bromure de potassium, éther, valériane, etc.) auront une large place.

Tout autre sera la conduite du praticien, s'il est persuadé, comme nous, que les accidents dyspeptiques consécutifs à la lésion du foie seront modifiés d'une manière beaucoup plus heureuse par une médication générale que ne contre-indique nullement l'état local gastrique.

Quant à l'hépatomégalie douloureuse considérée en elle-même, elle pourra devenir une source précieuse d'indications, et un traitement local sagement dirigé contre elle viendra ajouter son action puissante à la médication générale dont les effets ne sont pas moins énergiques.

Suivant les cas, dont le praticien restera seul juge, suivant la constitution et le tempérament du sujet, suivant qu'il se croira en face d'un foie gras pur et simple ou, au contraire, d'une association à cet état d'un foie muscade ou cardiaque, il devra recourir : ici aux dérivatifs tels que l'application de sangsues ou celle de ventouses scarifiées que l'on pourra avantageusement remplacer par des ventouses sèches en nombre plus ou moins considérable, lorsqu'on redoute pour le malade une déperdition sanguine même insignifiante.

Dans le premier cas, au contraire, l'application d'emplâtres de ciguë, parfois les injections sous-cutanées de morphine, produisent d'excellents effets. L'usage des résolutifs tels que l'iodure de potassium sera parfaitement indiqué.

Enfin, le traitement général, consistant surtout en toniques de toute espèce, alimentaires et médicamenteux, viendra consolider l'amélioration produite par les moyens

précédents, et favoriser la guérison quand elle est possible.

Il est des cas, en effet, nous l'avons dit plus haut, dans lesquels l'anémie intense, la stéatose considérable du foie et la dégénérescence, non-seulement graisseuse, mais parfois amyloïde, peuvent rendre toute médication incertaine, sinon inefficace.

Quant au fer et à ses dérivés, il faut y recourir aussitôt qu'on aura constaté l'état que nous avons décrit, et si les lésions ne sont pas arrivées au degré que nous venons de signaler, on en obtiendra les meilleurs effets. Les contre-indications relatives à cette médication seront rarement tirées de l'état du tube digestif, le plus souvent indemne.

Elles le seront beaucoup plus des circonstances pathologiques exceptionnelles fournies, comme on le sait, par l'état d'autres organes, tels, par exemple, que le poumon lorsque l'hépatomégalie douloureuse résulte d'une tuberculose pulmonaire.

Bien que notre attention ne soit pas spécialement attirée du côté du tube digestif, nous signalerons toutefois une particularité dont l'importance n'échappera à personne à la lecture de l'observation qu'a bien voulu nous fournir M. le professeur agrégé Baumel. Nous voulons parler de l'absence de dents, et principalement des dents molaires.

Si, en effet, les troubles digestifs sont secondaires par rapport à l'hépatomégalie ; si celle-ci est elle-même la conséquence d'un état local (pulmonaire ou cardiaque) ou d'un état général anémique, il n'en est pas moins vrai que, dans certaines circonstances, et spécialement dans le cas observé par M. Baumel, l'anémie, cause de tous ces phénomènes, peut elle-même résulter d'une dyspepsie d'origine buccale, par défaut de mastication, ainsi qu'on va s'en assurer.

Observation IV

(Communiquée par M. le professeur agrégé Baumel)

Au mois d'octobre 1882, je suis appelé en consultation à R... auprès de Madame X..., âgée de 30 ans environ.

Ce qui me frappe au premier abord, c'est un état d'anémie profonde et une pâleur excessive des téguments et des muqueuses. On me raconte que cette femme souffre depuis longtemps d'une dyspepsie caractérisée surtout par des douleurs exagérées au moment de la digestion et ayant pour siége la région épigastrique.

Le pouls est petit et fréquent; le cœur est le siége de palpitations ; la malade présente parfois du hoquet. Un état de nervosisme très accentué domine la scène, sans que cependant on puisse noter la moindre trace d'hystérie.

Les fonctions menstruelles sont régulières ; peut-être doit-on noter de la ménorrhagie.

Mon attention, attirée d'abord sur l'état du thorax, où le médecin traitant soupçonnait l'existence de tubercules pulmonaires, je me livrai à un examen aussi méthodique que minutieux de la poitrine, et je ne constatai l'existence d'aucun symptôme capable de me faire penser à une telle lésion.

Avions-nous affaire à une dyspepsie, véritable gastralgie de cause nerveuse? Etant donné l'état général anémique de la malade, je songeai tout de suite à l'augmentation de volume du foie avec matité douloureuse de cet organe, que je donnai comme probable, sinon certaine, au médecin traitant.

L'exploration de l'hypochondre droit et l'examen du foie ne tardèrent pas à me donner raison. L'inspection révèle l'existence d'une voussure légère ; la palpation fait sentir une rénitence particulière au-dessous du rebord costal, s'étendant à 3 travers de doigt au-dessous de ce dernier ; enfin, la percussion dénote une augmentation de volume du foie suivant tous ses diamètres. Ce mode d'exploration, ainsi que la palpation est excessivement douloureux.

Le diagnostic porté fut donc celui d'une hépatomégalie douloureuse du foie reconnaissant pour cause l'anémie, qu'accusaient assez nettement les souffles perçus au niveau de tous les orifices du cœur.

Restait à déterminer la cause de l'anémie, que n'expliquaient pas suffisamment les troubles menstruels. Il fallait chercher une autre cause plus puissante pour produire cet état général ; nous la trouvâmes dans les conditions hygiéniques de la malade, qui, par son genre de vie, vivait confinée dans ses appartements et ne faisait que rarement de l'exercice en plein air.

Mais ce fut surtout l'état de la bouche qui fixa mon attention d'une manière toute spéciale. Par suite, en effet, de carie dentaire, toutes les molaires faisaient absolument défaut, et, malgré l'existence de toutes les incisives et des canines, il nous fut aisé d'admettre et de comprendre que la mastication était incomplète et que la trituration ne pouvait s'opérer.

Anémie par dyspepsie buccale, tel fut mon diagnostic, dont l'hépatomégalie douloureuse n'était qu'un accident ou une conséquence.

Remplacer les dents absentes, combattre l'anémie par les moyens ordinaires (ferrugineux), le hoquet par les antispasmodiques (gouttes de M. le professeur Courty), telles furent les premières indications que je crus devoir remplir.

Bien m'en a pris, et la malade, grâce à ce traitement rationnel aidé d'une alimentation réparatrice, mais d'abord légère, puis de plus en plus substantielle, est parvenue à se débarrasser des symptômes alarmants qui avaient fait penser chez elle à l'existence des lésions les plus graves, et l'anémie, combattue par les moyens hygiéniques et médicamenteux précédemment cités, a entraîné dans sa disparition celle de l'hépatomégalie douloureuse du foie, dont les symptômes dyspeptiques dominaient la scène pathologique présentée par cette malade.

En présence de faits analogues, on devra, comme dans celui que nous venons de signaler, commencer par faire remplacer les dents qui font défaut, si l'on ne veut pas s'exposer à voir échouer les moyens locaux ou généraux en apparence les plus rationnels.

Il faut, en un mot, non-seulement remonter à l'anémie ; mais, si c'est possible, à sa cause première, et le résultat du traitement (sauf la restriction que nous avons faite relativement au degré et à la durée des lésions) dépendra, nous n'hésitons pas à le dire, de l'efficacité avec laquelle cette cause première pourra être combattue.

Vu :
Le Président-Censeur,
COMBAL.

Vu bon à imprimer,
Le Doyen,
J. BENOIT.

Permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie,
G. CHANCEL.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

AUXQUELLES LE CANDIDAT REPONDRA VERBALEMENT

(Arrêté du 22 mars 1842.)

Chimie médicale et Pharmacie

L'alcool, l'éther, au point de vue chimique et pharmaceutique.

Physique médicale

Détermination de la température d'un lieu.

Botanique et Histoire naturelle médicale

Donner le caractère des vers intestinaux rubanaires.

Anatomie

Quelle est la texture du cristallin?

Anatomie pathologique et Histologie

De la cellule en général ; de son origine ; son fonctionnement.

Physiologie

Phénomènes mécaniques de la respiration.

Pathologie médicale ou interne

Qu'est-ce que le lymphatisme?

Pathologie externe

Du cancer de l'utérus.

Thérapeutique et Matière médicale

Des différentes préparations de l'opium.

Opérations et Appareils

Des amputations partielles du pied.

Médecine légale et Toxicologie

De la superfétation.

Hygiène

Des jeux de l'enfant dans leurs rapports avec l'hygiène.

Accouchements

La poche des eaux est-elle utile dans les accouchements ?

Clinique interne

Caractères cliniques de l'asthme.

Clinique externe

Du débridement dans les plaies par armes à feu.

Clinique des maladies nerveuses et mentales

Existe-t-il un délire des sens ?

Titre de la Thèse à soutenir

De l'hépatomégalie avec matité douloureuse du foie, dans ses rapports avec l'hépatalgie, la gastralgie, la dyspepsie.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères, si j'y manque !